

# Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004\*

Zulma Urrego Mendoza<sup>1</sup>

## Resumen

*Introducción:* el artículo explora el modo en que la salud mental se ha concebido como objeto de estudio en algunos análisis oficiales colombianos sobre la situación nacional de salud, a lo largo de un período de treinta años. *Objetivo:* explorar cómo se han operado los conceptos de *salud mental y situación de salud* en un conjunto de estudios realizados en Colombia entre 1974-2004. *Método:* identificación, recopilación y análisis documental de fuentes primarias, a la luz de categorías de estudio seleccionadas mediante la revisión previa de fuentes secundarias, siguiendo los parámetros del análisis historiográfico. *Resultados:* predomina la concepción de salud mental como ausencia de enfermedad, así como la caracterización de su situación desde perspectivas epidemiológicas descontextualizadas, sin que exista continuidad entre trabajos en cuanto a metodologías o categorías analíticas. *Conclusiones:* es necesario estudiar la problemática de la salud mental desde una perspectiva articuladora del momento con los procesos históricos que le permitieron su configuración, así como planear estudios que permitan el análisis de tendencias.

**Palabras clave:** salud mental, salud pública, Colombia.

**Title:** Analysis of the Situation of Mental Health in Colombia, 1974-2004.

## Abstract

*Background:* This article explores various concepts of mental health in Colombian official studies spanning 30 years. *Objective:* To explore the methods used for conceptualizing mental health and the health situation in a set of studies carried out in Colombia between 1974-2004. *Methods:* Identification, recompilation, and analysis of documents of primary sources, in light of the categories of study selected through the previous review of secondary sources following the parameters of historiographical analysis. *Outcomes:* The concept of mental health as the absence of mental disease is the prevailing concept, as well as the characterization of the situation of mental health/disease from out-of-context epidemiological perspectives, without any continuity among the different studies in relation to the methodology or analy-

---

\* Una versión preliminar de este artículo fue presentada el 8 de septiembre de 2006 Bogotá, como parte del Curso de Actualización en Salud Pública, ofrecido por el Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, a los docentes y residentes del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Javeriana.

<sup>1</sup> Médica psiquiatra. Especialista en Epidemiología. MgSc. en Psicología Clínica y de Familia. Candidata a Ph. D. en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

tical categories. *Conclusions:* It is necessary to consider problems in the field of mental health from a perspective linking the current times to historical processes, allowing for the exposure of their configuration, as well as for the planning of studies that permit the analysis of trends.

**Keywords:** Mental health, public health, Colombia.

## Introducción

Cuando nos proponemos analizar un tema como el de la situación de salud mental en Colombia, nos vemos enfrentados, en principio, a delimitar dos asuntos de índole conceptual que determinan el modo como asumimos y exploramos nuestro objeto de estudio: lo que vamos a entender por *salud mental*, y lo que significará para nosotros *situación de salud*. La intersección de ambas categorías será quién establezca la forma y contenidos de nuestro trabajo, así como las posibles implicaciones prácticas que de él se deriven en campos como el de la formulación de políticas públicas relacionadas o el diseño de nuevos estudios e intervenciones específicas.

En este artículo se analizan, con una perspectiva historiográfica, diferentes estudios exploratorios colombianos sobre la situación de salud mental durante el periodo 1974-2004 (1-3), a fin de identificar cómo se operaron en éstos los conceptos de salud mental y situación

de salud, al igual que las tendencias evidenciadas en el tiempo.

Además, a la luz de algunos de los componentes mínimos que debe contener el análisis de una situación de salud mental, se valora críticamente la información brindada por el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, se sugieren fuentes complementarias que pudieran resultar útiles para mejorar la comprensión del asunto y se dejan trazadas líneas de exploración futura, necesarias para optimizar nuestro conocimiento en este campo y guiar positivamente próximas intervenciones y políticas públicas en el tema.

## Aproximaciones al concepto de salud mental

El concepto de salud puede ser abordado desde múltiples paradigmas, ubicados dentro de tres vertientes fundamentales: (a) teorías que interpretan la salud como ausencia de enfermedad; (b) las que asumen un objeto autónomo de salud, social y adaptativo, y (c) aquellas que se enmarcan en enfoques axiológicos, y no han delimitado de manera suficiente los diferentes planos en que emerge la salud (biológico, social, político e ideológico) (4).

La salud mental, habitualmente, es definida en términos de normalidad. Teóricos como Daniel Offer y Melvin Sabshin han caracterizado cuatro perspectivas utilizadas en la literatura científica para delinearla

(5): (a) normalidad como ausencia de enfermedad; (b) normalidad como utopía, a modo de un conjunto de atributos del aparato psíquico que conduce a un funcionamiento óptimo; (c) normalidad como promedio, basada en el principio matemático de la curva de distribución normal, y (d) normalidad como proceso, que entiende la normalidad conductual como resultado de sistemas interactuantes, que centran su interés en los cambios a lo largo del tiempo, más que en una definición transversal.

En la actualidad, las definiciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están enmarcadas en el concepto de salud mental como proceso, entendida como aquella dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, que les permite propender por la transformación de condiciones y calidad de vida en favor de sí mismos y de sus colectivos (6-7).

Así como existe un acuerdo extendido en cuanto a que el concepto de salud mental trasciende a la ausencia de enfermedad, también se reconoce que, desde una perspectiva transcultural, es difícil llegar a una definición exhaustiva suya, pues abarca tanto el bienestar subjetivo como la percepción de autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, asuntos profundamente atravesados en su definición por la diversidad cultural y social

en que se desarrollan los seres humanos (8).

### *Análisis de una situación de salud mental*

Definir cómo será caracterizada la situación de salud de una población representa también dificultades. Algunas de las principales son: (a) la existencia de vacíos teóricos y metodológicos para delimitar el asunto de la salud y la enfermedad; (b) las profundas diferencias registradas entre la experiencia y la vivencia cotidiana de la salud por parte de la gente, y los indicadores utilizados para identificar los fenómenos que ocurren o que experimenta la población, y (c) la ausencia de herramientas para el análisis situacional de salud, que posean un nivel equivalente al que han conseguido desarrollar las ciencias sociales para abordar el análisis de coyunturas y periodos (4).

Como mínimo, un análisis situacional de salud debe abarcar dos componentes, que pueden también ser considerados momentos del análisis (4): (a) definición del marco conceptual desde el cual se comprenderán la salud y la enfermedad, lo cual determinará la selección de indicadores, y (b) delimitación de los procesos y estructuras de la sociedad que será analizada, así como su temporalidad histórica, en relación con la generación de situaciones de salud o enfermedad caracterizadas a través de los indicadores elegidos.

Para analizar una situación de salud se han desarrollado varios modelos que intentan articular los dos componentes mencionados. Por ello vale la pena resaltar entre ellos: la teoría de comprensión de la morbilidad, los enfoques de transición y el enfoque de determinantes en salud (4).

No obstante, en general, en los estudios, para la delimitación de situaciones de salud mental predomina un enfoque pobremente integrador, en que se describen y analizan diversos factores biológicos, ambientales, psicológicos y sociales en relación con la emergencia de enfermedad, la discapacidad y la muerte derivadas de alteraciones en la salud mental en los individuos, y se da gran importancia a la influencia de los servicios de salud en el modelamiento de dicha situación (8).

Pese a la abundante literatura clínica dedicada a la identificación de la clara influencia de los aspectos sociales en la definición de la salud mental, pocas veces el análisis de tales aspectos ocupa un lugar central en los estudios (8-12).

Por último, se considera que las respuestas sociales trazadas desde la perspectiva de la salud pública resultan determinantes fundamentales de la situación de salud mental de una comunidad (8), por lo cual debieran explorarse sistemáticamente, incluyendo componentes de contextualización regional (13).

### *Caracterización de los estudios nacionales de salud mental en Colombia durante el período 1974-2004*

A la luz de los planteamientos teóricos anteriores, se analiza cómo se manejaron los conceptos de salud mental y delimitación de la situación en salud, en cuatro estudios nacionales efectuados en Colombia durante el período de estudio: el macrodiagnóstico de salud mental de 1974 (1), los estudios nacionales de salud mental de 1993 y 1997 (2) y el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 (3).

Se decidió incluir en el análisis aquellos estudios que se relacionaron de manera cercana con algunas importantes formulaciones y reformulaciones de la política pública nacional en torno al tema de la salud mental, respectivamente: la creación en el Ministerio de Salud de una División de Salud Mental mediante el Decreto 621 de 1974 (14), la formulación de la Política Nacional de Salud Mental de 1998 (15) y los lineamientos para reformular la Política Nacional de Salud Mental, construidos en el 2005 (16). Por no cumplir con esa característica, dejaron de incluirse: el macrodiagnóstico de salud mental de 1973 (1), el Estudio Nacional sobre Alcoholismo y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1987 (17), entre otros.

### *Macrodiagnóstico de salud mental de 1974*

Este macrodiagnóstico se desarrolló en el contexto de las re-

comendaciones del Plan Decenal para las Américas, formulado por la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1973, tendiente a mejorar la calidad de la prevención primaria en los servicios sanitarios básicos, incluir acciones de promoción y prevención primaria de la salud mental en cada una de las actividades ejecutadas y disminuir la tendencia al aumento del alcoholismo y farmacodependencia mediante servicios de tratamiento y rehabilitación (18).

Para llevar a la práctica lo anterior se sugirió promover la definición de una política de salud mental; precisar el diagnóstico de la situación de salud mental, mediante investigaciones epidemiológicas sobre trastornos mentales, alcoholismo y farmacodependencia; promover la creación de una relación de recursos físicos y humanos para la atención de éstas patologías, y trabajar tanto por el desarrollo de alternativas asistenciales ambulatorias, colectivas y centradas en las comunidades como en la formación continua del recurso humano en salud (14,18).

En consecuencia, el macrodiagnóstico colombiano efectuó un análisis pormenorizado de la disponibilidad y tendencias de las instituciones de salud mental del país, un recuento de profesionales formados y en formación en el campo y una caracterización estadística de las patologías atendidas (1). Este macrodiagnóstico, junto con el elaborado en 1973, permitió establecer las fallas de carácter or-

ganizativo y administrativo en estos servicios (14).

La caracterización de la situación nacional de salud mental se basó en un concepto de la salud mental como ausencia de enfermedad, y se dio relevancia tanto a su análisis estadístico como a la respuesta social de tipo institucional. Los aspectos sociales fueron introducidos solamente a modo de datos sociodemográficos descriptivos de índole general, que no se constituían en focos del análisis. No se consideraron otros aspectos adicionales.

#### *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1993*

El Estudio Nacional tuvo un enfoque epidemiológico sobre la distribución de factores de riesgo y factores protectores para posibles trastornos mentales en niños y adultos, detectados mediante encuestas y pruebas de tamizaje básico, como los instrumentos Zung de Ansiedad y Depresión, la prueba de CAGE (abuso de alcohol), el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) y el *Reporting Questionnaire for Children* (RQC). Se calcularon razones de disparidad para la valoración del carácter posiblemente protector o de riesgo de diversos factores, en relación con la presencia de eventos a la vez indicativos de una alta posibilidad de estar padeciendo una enfermedad mental (2).

La situación de salud mental del país fue caracterizada cerca a los

enfoques de transición epidemiológica, donde opera un concepto de la salud mental definido como ausencia de enfermedad. Se utilizaron indicadores de prevalencia de factores de riesgo y protectores para el desarrollo de enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas (2). Se valoró la morbilidad sentida desde el punto de vista de la población, así como información sobre el uso de servicios de salud mental y de redes sociales (2). Los aspectos sociales fueron utilizados para analizar la afectación de diversos grupos poblacionales definidos por sus características sociodemográficas, al igual que para mapear la distribución geográfica de lo explorado. Se incluyó la valoración de riesgos para la salud mental infantil (2).

También fueron caracterizados aspectos psicológicos capaces de influir de manera positiva en la salud mental de las personas, como las redes sociales, el grado de satisfacción con la vida, los sentimientos personales hacia el medio ambiente social y físico donde se vive, la satisfacción con las relaciones sexuales, la confianza en las autoridades y el nivel de integración familiar. Igualmente, se analizó la influencia sobre la salud, de la violencia sociopolítica y de género (2).

Intentó trazar tendencias, al incorporar un apartado para la comparación de los resultados relativos a consumo de sustancias psicoactivas, con los de la Encuesta Nacional de 1987 (2). No obstante, no se logró trascender las descrip-

ciones puntuales en dos momentos, pues no construyó comprensiones histórico-sociales en torno a lo encontrado.

### *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental de 1997*

Solamente fue socializada la versión preliminar del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, sin que posteriormente se oficializara como documento terminado. Se trató de un estudio epidemiológico poblacional, orientado ahora hacia la determinación de enfermedades mentales diagnosticadas de acuerdo con los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV).

Empleó la segunda versión de la entrevista diagnóstica compuesta de la OMS (CIDI-2). Adicionalmente, fue caracterizada la necesidad sentida por los entrevistados de consultar a un servicio de salud por problemas relacionados con la salud mental (19).

Dado que la evaluación fue realizada bajo criterios similares, aunque no idénticos, a los empleados en el estudio de 2003, podría facilitar un análisis en paralelo entre ambos estudios, con las respectivas reservas que se desprenden de la ausencia de una versión final oficial correspondiente al estudio de 1997 (19-20).

Este estudio estuvo claramente orientado por una perspectiva conceptual de la salud mental como ausencia de enfermedad, donde las características sociodemográficas

fueron introducidas solamente con el fin de efectuar análisis de afectación diferencial por la enfermedad, según grupos de edad, género y área geográfica de residencia.

El concepto que circuló en torno a la definición de una situación de salud mental se redujo a la determinación de indicadores de morbilidad, bien fuera sentida o diagnosticada por medio de una entrevista psiquiátrica semiestructurada. La única aproximación a una valoración de la mortalidad estuvo representada en la determinación de la prevalencia de los intentos suicidas.

#### *Estudio Nacional de Salud Mental de 2003*

Nuevamente, se trata de un estudio epidemiológico que establece prevalencias poblacionales, lápsicas y de punto, para una serie de enfermedades mentales en Colombia, empleando los criterios diagnósticos DSM-IV, valorados ahora mediante la aplicación del instrumento Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI, versión certificada 15). También realizó una aproximación a la discapacidad generada por enfermedad mental y a la historia natural de las enfermedades diagnosticadas, con el establecimiento de su edad de inicio (3).

Se le incluyó, además, un componente de aproximación analítica, mediante el cálculo de razones de disparidad, que permitieran establecer la posible asociación, protectora o de riesgo, entre algunas de

las variables exploradas (3). Hace parte de una encuesta mundial de salud mental, efectuada a modo de un estudio colaborativo liderado por la OMS, en consorcio con la Universidad de Harvard, con la expectativa de que puedan ser realizadas comparaciones transculturales (3).

El instrumento describe, a modo de factores, las características socio-demográficas, de empleo y finanzas; las características de las relaciones dentro del matrimonio y con los hijos; las redes sociales; la carga familiar; las condiciones médicas crónicas; la fármaco-epidemiología; la discapacidad, y el uso de servicios. Se ofrece información sobre el comportamiento de la prevalencia de enfermedades, según la presencia o ausencia de dichas características en los sujetos (3).

Entre los factores explorados como productores de posible protección o riesgo para enfermedad mental estuvieron: grupos de edad en años, años de escolaridad, estado civil, consumo de tabaco, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, haber tenido que cuidar a otra persona enferma, conflictos en la infancia con las personas que lo criaron, tener cobertura de seguridad social en salud, nivel de ingreso económico individual, religión a la que pertenece, grado de apoyo en la religión cuando tiene problemas, número de hijos biológicos o adoptados que tiene a su cargo, antecedentes de comorbilidad física y experiencias situacionales graves (3).

Entre los principales resultados del estudio, vale destacar que el 40,1% de los colombianos reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los trastornos mentales explorados; 16%, uno o más en los últimos 12 meses, y 7,4%, uno o más durante los últimos 30 días (21).

No se incluyó a la población rural ni infantil. Aunque se efectuaron algunas determinaciones sobre prevalencia de trastornos mentales en la adolescencia, éstos resultados no fueron incluidos en las publicaciones nacionales divulgadas (3). En general, fue pobre la conceptualización subyacente a algunos de los factores explorados —por ejemplo, las redes de apoyo, la ocupación o la carga de la enfermedad—. Igualmente, se encuentran inconsistencias entre las definiciones conceptuales explícitas sobre la salud mental que inicialmente presenta el estudio y el modo como luego se seleccionan y operan los indicadores que debieran dar cuenta de ella.

Aunque parecen haber sido asuntos considerados dentro del estudio en su versión completa (22), a la fecha las publicaciones oficiales más difundidas en nuestro medio sobre sus resultados (3,16,21) han omitido cualquier alusión al posible impacto que la violencia sociopolítica o basada en género pueda tener sobre el panorama de salud mental detectado en Colombia. Lo mismo sucede con las valoraciones de discapacidad por enfermedad mental.

En general, el estudio está fuertemente marcado por un concepto de la salud mental como ausencia de enfermedad, pero es valioso su aporte para delimitar la situación de salud nacional en lo referente a la identificación y visualización de la frecuencia con que los trastornos mentales afectan a la población. Adolece, no obstante, de una pobre caracterización de condiciones protectoras o de riesgo, evaluadas siempre a modo de factores y en función de su potencial impacto en la generación de enfermedades mentales.

Se incluye una valoración del papel que desempeñan diferentes tipos de respuesta social de índole asistencial institucional, análisis que se convierte en otra de sus fortalezas, aunque se dejan de lado aquellas respuestas construidas por las propias personas y comunidades para preservar o recuperar su salud mental.

Cabe resaltar que, al no explicitarse en las publicaciones las posibles relaciones existentes entre la presencia de alteraciones en la salud mental y la exposición a violencia (sociopolítica, basada en género o hacia los niños y las niñas), los resultados del estudio aparecen descontextualizados de su entorno social, esto si se toman en cuenta las características del momento histórico por el cual atraviesa el país.

Lo mismo puede decirse en relación con la crisis económica y laboral que se afronta en Colom-



bia en estos momentos, la cual es recogida de manera exigua por las publicaciones efectuadas sobre este estudio, que se retoman sólo a través de la presentación del nivel de ingresos y la ausencia o presencia de empleo en los entrevistados, factores analizados únicamente como atributos externos en virtud de los cuales varía la presencia de enfermedad.

Precisamente, este tipo de análisis desarticulador es uno de los principales peligros en que se cae cuando se emplean las perspectivas comparativas cuantitativas entre múltiples países, basadas en medición simultánea de numerosos atributos similares en diferentes escenarios sociales, incluso muy distantes entre sí, pues habitualmente estos estudios no toman en cuenta suficientemente los procesos históricos diferenciales de cada uno de ellos para la selección, comprensión y análisis de las dimensiones analizadas (23-24).

### **Discusión**

Una vez concluida la observación de los diferentes estudios nacionales de salud mental analizados, ha quedado en evidencia que en los últimos treinta años la acepción de salud mental como ausencia de enfermedad ha sido la que domina el panorama. No obstante, no se ha explicitado esta postura ontológica en la parte conceptual de los trabajos, o se ha explicitado una distinta, inconsistente con los

desarrollos metodológicos posteriores del estudio.

En concordancia, los enfoques para la delimitación de la situación de salud mental se han centrado en determinar indicadores relacionados con la presencia o ausencia de enfermedades, de factores de riesgo o protectores para desarrollarlas, o de servicios de atención en salud para tratarlas. Ha predominado la perspectiva epistemológica de la epidemiología positivista en el diseño de los estudios.

El tipo de indicador priorizado para los análisis ha variado con el tiempo, probablemente como reflejo de las tendencias internacionales en el campo de la salud mental: inicia en 1974 con un énfasis en la caracterización de los servicios asistenciales y sus usuarios, para continuar en 1993 con un enfoque centrado en los factores de riesgo y protectores, y termina en 2003 con un franco relieve puesto en la realización de diagnósticos psiquiátricos poblacionales.

Ninguno de los estudios ha buscado comprender la situación de salud como resultante de procesos históricos, ni ha trascendido el modo de asumir la esfera de lo social a manera de un conjunto de variables extrínsecas a la salud mental, o los factores de riesgo/protectores, analizados a modo de atributos que se relacionan estadísticamente con variaciones en la presencia o ausencia de ciertos resultados terminales.

Se constató que, en los últimos diez años, el modo en que los estudios nacionales asumieron la caracterización de aquellos factores de riesgo y protectores evaluados se vio drásticamente simplificado con el paso del tiempo. De igual forma, ha sido pobre la caracterización de la mortalidad, así como de la respuesta social desarrollada por individuos, grupos, comunidades, instituciones y Estado en su esfuerzo por mantener y recuperar la salud mental individual y colectiva.

Además, como en todos los casos fueron empleados indicadores e instrumentos de medición distintos, no es posible el análisis de tendencias, y queda como tarea futura procurar el diseño de investigaciones que, si bien han de evolucionar en cuando a su conceptualización del asunto en estudio, ojalá conserven parámetros que resulten comparables con los obtenidos por estudios previos.

Enfrentados al reto de delimitar la situación de salud mental en Colombia para el año 2007, como mínimo, sería necesario que un estudio contara con información discriminada según grupos de clase, género, etnia y edad, en relación con:

- Resultados terminales en el ámbito de la salud y la enfermedad (por ejemplo, indicadores de morbilidad y mortalidad, así como indicadores positivos de salud mental).
- Caracterización de aquellas condiciones y procesos que

favorecen la estructuración de salud mental tanto en los individuos como en las colectividades.

- Caracterización de condiciones y procesos de vida y de trabajo que exponen al deterioro de la salud mental.
- Respuestas sociales, estatales e institucionales, que propenden por la salud mental.
- Respuestas sociales construidas desde los mismos individuos, familias y comunidades para salvaguardar y restaurar su salud mental.
- Análisis de la articulación entre los aspectos estudiados y sus variaciones, a lo largo del tiempo.

Por desgracia, los estudios nacionales de salud mental efectuados, hasta la fecha, en Colombia resultan insuficientes para completar todo ese panorama de información necesaria. No obstante, cada uno proporciona conocimiento útil, que podría ser tomado como línea de base para planear investigaciones futuras que incluyan valoraciones similares a las empleadas en el pasado, y las complementen con aquellas que nunca han sido empleadas.

Con el fin de delimitar la situación nacional de salud mental de manera más completa, haría falta incorporar información proveniente de otras fuentes para caracterizar los aspectos no cubiertos hasta la fecha por las investigaciones analizadas, entre ellos: la mortalidad,

para la cual podrían ser empleados los informes anualmente elaborados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, o la afectación de la salud mental por ciertas formas de violencia, asunto explorado parcialmente, por ejemplo, en las encuestas nacionales de demografía y salud desarrolladas por Profamilia, al menos en lo relativo a la violencia basada en género.

Algunos aspectos como los indicadores positivos de salud mental, la caracterización de procesos sociales y condiciones de vida o de trabajo —que favorecen o dificultan la consolidación de la salud mental—, así como los abordajes histórico-sociales sobre el tema, aún permanecen como áreas prácticamente inexploradas, y deben ser tomados en cuenta en el futuro.

### Conclusiones

- Las concepciones de salud mental que operaron en los principales estudios nacionales de salud mental efectuados en Colombia entre 1974-2004 se encuentran ubicadas predominantemente dentro del espectro de la salud mental asumida como ausencia de enfermedad.
- En concordancia, los enfoques para delimitar la situación de salud mental se han centrado en determinar indicadores relacionados con la presencia o ausencia de enfermedades, de factores de riesgo o factores protectores para desarrollarlas, o de servicios de atención en salud para tratarlas.
- La perspectiva epidemiológica ha predominado en el diseño de los estudios nacionales de salud mental conducidos hasta la fecha en nuestro país.
- Los planteamientos ontológicos, epistemológicos y metodológicos en algunos de los estudios presentan inconsistencias. Esto deben ser objeto de atención especial en estudios futuros.
- La expresión de manera sistemática, clara y explícita de los conceptos sobre salud mental y la situación de salud asumidos por cada uno de los análisis adelantados sobre el tema es importante, así como cuidar su coherencia con la metodología seleccionada.
- Ninguno de los estudios analizados traza un panorama completo de la situación de salud mental correspondiente a los respectivos momentos en que se han desarrollado, aunque todos aportan importante información parcial.
- La ausencia de metodologías e indicadores uniformes a lo largo de los estudios hace imposible por el momento el análisis de tendencias.
- La promoción de investigaciones orientadas a comprender la problemática de la salud mental desde una perspectiva articuladora del momento con los procesos históricos, que le permitieron su configuración, es necesaria.

- La inclusión en cualquier estudio futuro de indicadores que den cuenta de las dimensiones positivas de la salud mental, la mortalidad, la morbilidad, las respuestas sociales instauradas desde instituciones, individuos y comunidades, así como de condiciones y procesos favorables y desfavorables para la consolidación de la salud mental, es igualmente necesaria, a fin de procurar que sus comportamientos sean seguidos en el tiempo.
- En un país como el nuestro, valdría la pena que los estudios exploraran y explicitaran sistemáticamente en su presentación y difusión de resultados las relaciones evidenciadas entre violencia, enfermedad mental y discapacidad secundaria.

### Referencias

1. República de Colombia, Ministerio de Salud, Dirección de Atención Médica, División de Salud Mental. Macrodiagnóstico de salud mental Colombia 1974. Bogotá: Ministerio de Salud; 1976.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
3. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social, Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social; 2005.
4. Agudelo C. ¿Podemos comprender la problemática de salud pública? En: Franco S, editor. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias de la Cátedra Manuel Ancizar I Semestre 2002. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 421-33.
5. Sadock B. Signs and symptoms in psychiatry. In: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p. 677-8.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa de salud mental. Washington: Oxford University Press; 1990.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Carta de Ottawa [plegable]. Washington: OPS; 1997.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo: la vida en el siglo XXI, una perspectiva para todos. Ginebra: OMS; 1998.
10. World Health Organization (WHO). Balancing mental health promotion and mental health care: a joint World Health Organization (WHO)/European Commission (EC) meeting. Bruselas: WHO; 1999.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Simposio sobre estrategias nacionales para la renovación de salud para todos: informe final. Washington: OPS; 1998.
12. Prieto A. Salud mental: situación y tendencias. Rev Salud pública (Bogotá, Colombia). 2002;4(1):74-88.
13. Caldas de Almeida JM, Torres F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
14. Olivares A, Jiménez G. Asistencia, docencia e investigación psiquiátrica en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiatr. 1979;7(4):384-99.
15. República de Colombia, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
16. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fundación

- FES Social, Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Cali: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social; 2005.
17. Torres de Galvis Y, Murelle L. Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas Colombia 1987. Medellín: Universidad de Antioquia; 1988.
  18. OPS-OMS. Plan decenal de salud para las Américas: informe final de la Reunión Especial de Ministerios de Salud de las Américas. Washington: OPS-OMS; 1973.
  19. Urrego D, Cocoma J. Por la salud mental. Rev Salud Pública (Bogotá, Colombia). 1999;1(1):58-67.
  20. República de Colombia, Ministerio de Salud. Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas: versión preliminar. Bogotá: Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud; 1998.
  21. Posada J, Aguilar S, Magaña C, Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental: Colombia, 2003. Rev. Colomb. Psiquiat. 2004;33(3):241-62.
  22. Urrego Z. Notas sobre la discusión efectuada durante la sesión sobre "Panorama de la Salud Mental en Colombia". Documento procedente del Curso de Actualización en Salud Pública; 2006 sep 8; Bogotá, Colombia.
  23. Mahoney J. Comparative-historical methodology. Annu Rev Sociol. 2004;30:81-101.
  24. Tilly C. Grandes estructuras, procesos amplios, comparaciones enormes. Nueva York: Alianza; 1991.

*Recibido para evaluación:* 10 de febrero de 2007

*Aceptado para publicación:* 2 de mayo de 2007

Correspondencia

Zulma Urrego Mendoza

Unidad Camilo Torres, Módulo 2, Of. 501

Universidad Nacional de Colombia

Carrera 50 No. 27-70

zulcurregom@unal.edu.co